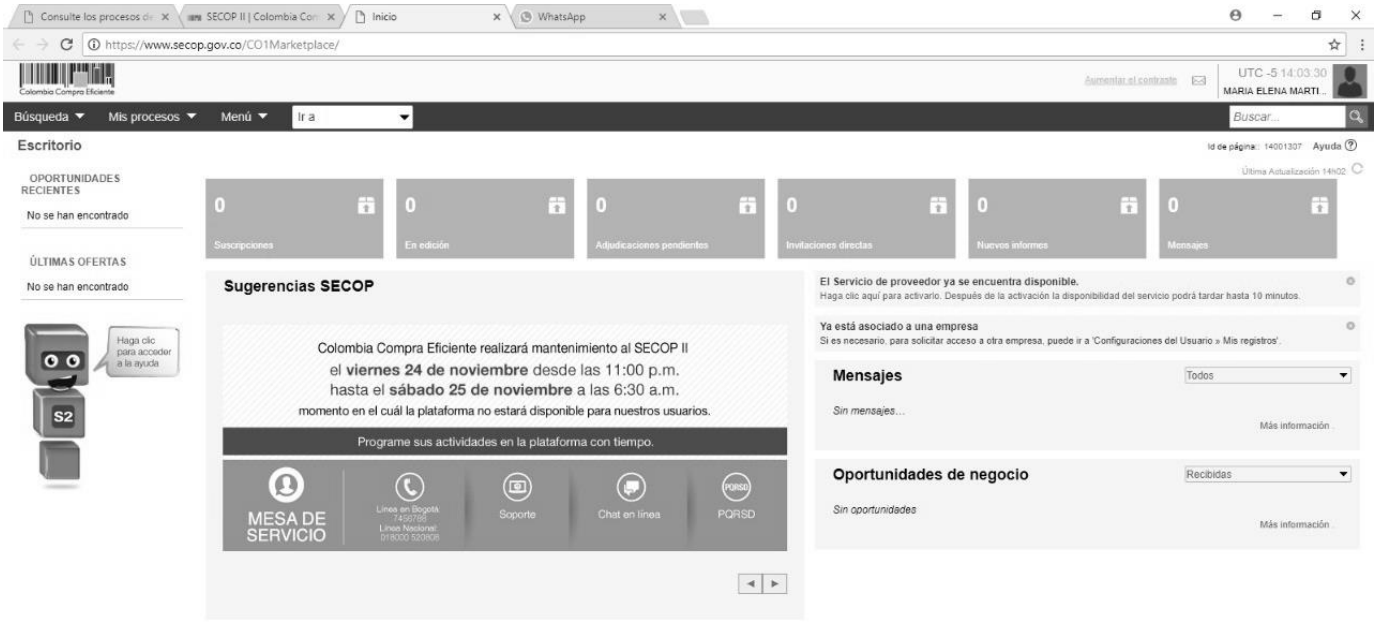
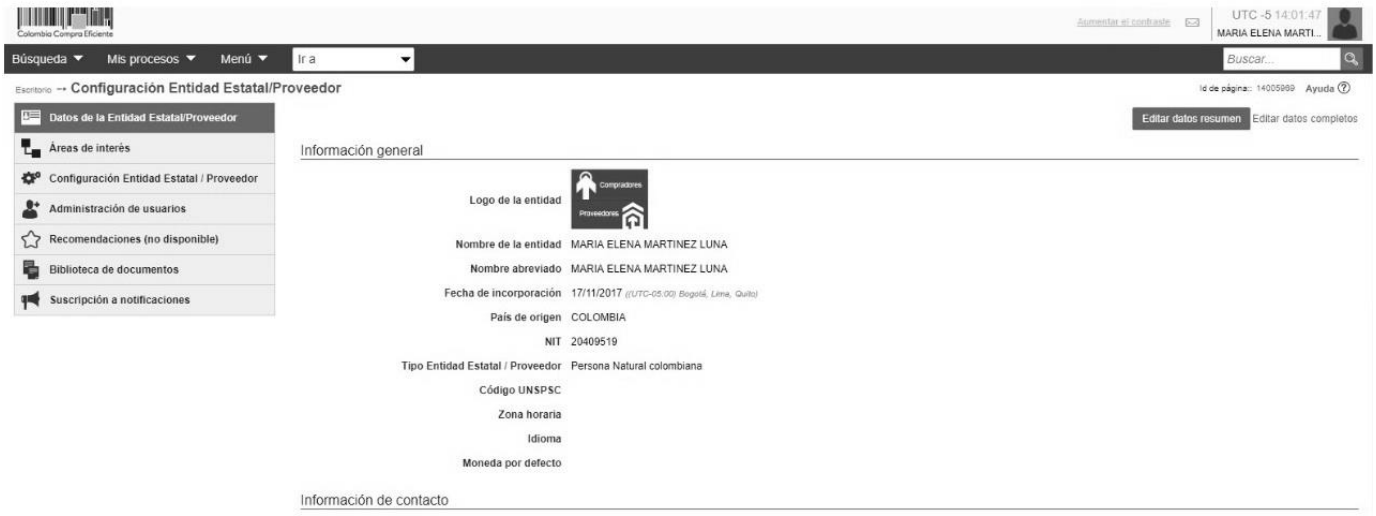

Consulte los procesos de
SECOP II | Colombia Com
Inicio
WhatsApp
https://www.secop.gov.co/CO1Marketplace/
Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -5 14:03:30
MARIA ELENA MARTI..
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio
Id de página:: 14001307
Ayuda
Última Actualización 14h02
OPORTUNIDADES RECIENTES
No se han encontrado
ÚLTIMAS OFERTAS
No se han encontrado
Haga clic para acceder a la ayuda
S2
0
Suscripciones
0
En edición
0
Adjudicaciones pendientes
0
Invitaciones directas
0
Nuevos informes
0
Mensajes
Sugerencias SECOP
Colombia Compra Eficiente realizará mantenimiento al SECOP II
el viernes 24 de noviembre desde las 11:00 p.m.
hasta el sábado 25 de noviembre a las 6:30 a.m.
momento en el cuál la plataforma no estará disponible para nuestros usuarios.
Programe sus actividades en la plataforma con tiempo.
MESA DE SERVICIO
Línea en Bogotá
7459788
Línea Nacional:
018000 520808
Soporte
Chat en línea
PQRSD
El Servicio de proveedor ya se encuentra disponible.
Haga clic aquí para activarlo. Después de la activación la disponibilidad del servicio podrá tardar hasta 10 minutos.
Ya está asociado a una empresa
Si es necesario, para solicitar acceso a otra empresa, puede ir a 'Configuraciones del Usuario » Mis registros'.
Mensajes
Todos
Sin mensajes...
Más información
Oportunidades de negocio
Recibidas
Sin oportunidades
Más información


Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -5 14:01:47
MARIA ELENA MARTI..
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio → Configuración Entidad Estatal/Proveedor
Id de página:: 14005999
Ayuda
Datos de la Entidad Estatal/Proveedor
Áreas de interés
Configuración Entidad Estatal / Proveedor
Administración de usuarios
Recomendaciones (no disponible)
Biblioteca de documentos
Suscripción a notificaciones
Editar datos resumen
Editar datos completos
Información general
Logo de la entidad
Compradores
Proveedores
Nombre de la entidad MARIA ELENA MARTINEZ LUNA
Nombre abreviado MARIA ELENA MARTINEZ LUNA
Fecha de incorporación 17/11/2017 ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
País de origen COLOMBIA
NIT 20409519
Tipo Entidad Estatal / Proveedor Persona Natural colombiana
Código UNSPSC
Zona horaria
Idioma
Moneda por defecto
Información de contacto

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 27-jul-2017

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
MARTINEZ	LUNA	MARIA ELENA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 20409519

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 21 MES AGO AÑO 1958

PAÍS COLOMBIA

DEPTO Cundinamarca

MUNICIPIO GIRARDOT

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Cll 6c # 81 b 24 Cas 106

PAÍS COLOMBIA DEPTO Bogotá D. C.

MUNICIPIO BOGOTA D. C.

TELEFONO 6596718

EMAIL memartinezl@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o A 6o DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o A 11o DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BASICA											*TITULO* Bachiller academico
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES JUN AÑO 1998
										X	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADEMIA ESCRIBA:

TC (TECNICA). **TL** (TECNOLÓGICA). **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA). **UN** (UNIVERSITARIA).

ES (ESPECIALIZACIÓN). **MG** (MAESTRIA O MAGISTER). **DC** (DOCTORADO O PHD).

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO*	*TEMINACIÓN MES*	*TEMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
TC	4	X		AUXILIAR DE ENFERMERIA	6	1977	20409519

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
SIDEAP
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA
Última Actualización: 27-jul-2017

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Subred Centro Oriente	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D. C.	BOGOTA D. C.	atencionusuario@subredcentrooriente.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3444 484	DIA 18 MES 4 AÑO 2016	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DE ENFERMERIA	Departamento de enfermeria, hospital La	Diagonal 39 sur No. 3 20 este

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL LA VICTORIA	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D. C.	BOGOTA D. C.	atencionalusuario@esevictoria.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3725610	DIA 25 MES 3 AÑO 2013	DIA 17 MES 4 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA	DIAGONAL 39 SUR NO 3 20 ESTE

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Cuidados profesionales MEDERI		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D. C.	BOGOTA D. C.	atencionalsusuario@mederi.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
6114989	DIA 8 MES 11 AÑO 2007	DIA 1 MES 5 AÑO 2011

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXLIAR DE ENFERMERIA	ROTATIVO	CARRERA 13 No 89 38 SUR

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 27-jul-2017

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
CENTRO POLICLINICO DEL OLAYA		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D. C.	BOGOTA D. C.	centropoliclinicodelolaya@atencionalusuario.

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3612888	DIA 3 MES 2 AÑO 1999	DIA 2 MES 2 AÑO 2003

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DE ENFERMERIA	ROTATIVO	CARRERA 21 No 22 68 SUR

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Unidad medico quirurgica COMFENALCO		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D. C.	BOGOTA D. C.	atencionalusuario@comfenalco.com.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
2210066	DIA 19 MES 1 AÑO 1998	DIA 19 MES 1 AÑO 1999

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DE ENFERMERIA	ROTATIVO	CARRERA 30 CALLE 6

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Caja de prevision social del distrito	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D. C.	BOGOTA D. C.	uaesp@uaesp.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
000	DIA 19 MES 3 AÑO 1980	DIA 15 MES 2 AÑO 1996

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DE ENFERMERIA	ROTATIVO	AV SUBA CALLE 104

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NUMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
PUBLICO	20	2
PRIVADO	8	5

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 27-jul-2017

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NUMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
PARTICULAR	0	0
TOTAL	28	8

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ___ NO X ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS, EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 180/95).

Ciudad y fecha del diligenciamiento

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

Hospital La Victoria

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, MARIA ELENA MARTINEZ LUNA

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 20409519 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

País COLOMBIA **Departamento** Bogotá D. C. **Municipio** BOGOTA D. C.

Dirección Cll 6c # 81 b 24 Cas 106 **Teléfonos**

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Elena Patricia Angulo Martinez	1019068314	HIJO(A)
Diego Mauricio Angulo Martinez	79997776	HIJO(A)
Jorge Rosendo Angulo Martinez	80067061	HIJO(A)

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,

PARA TOMAR POSESION ○ PARA RETIRARME ○ PARA ACTUALIZACION ○

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ⊗

QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	22419924
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	0
GASTOS DE REPRESENTACION	0
ARRIENDOS	0
HONORARIOS	0
OTROS INGRESOS Y RENTAS	9819924

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Banco davivienda	Ahorros	007970338344	Corferias	0

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
Casa	050C01547527	60000000

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
Banco Popular	Credito	16000000
Banco Sudameris	Credito	4000000

Cooperativa Multiactiva del distrito	Credito	6000000
Esver Amparo Zamora Restrepo	Hippteca	15000000

1.2 DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO
Cooperativa Multiactiva del distrito	Asociado

c)En la actualidad: **SI** ◯ **N** ⓧ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C◯ C.E◯ T.I.◯	No.

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma acasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

20409519

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Bogotá 29-08-2018

CIUDAD Y FECHA

REPUBLICA DE COLOMBIA

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE "SENA"

REGIONAL DE BOGOTA

Código AG 4614

CERTIFICA

Que **MARIA ELENA MARTINEZ LUNA**

Es APTA para desempeñar el oficio de

AUXILIAR DE ENFERMERIA

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
Profesiones Médicas y Auxiliares

Recónocese este título para todos los efectos legales

Bogotá, VIII: 3 – 81

Resolución No. 10572

Modo de Formación:

APRENDIZAJE

Gerente Regional

Sub-Gerente de Operaciones

Superintendente

Supervisora del Centro

Secretario

Centro Nacional de Servicios Hospitalarios - Programa de BOGOTA Fecha 28-VI-77 Registro No. 30562

Aprobado por Resolución No. 7118 del 3 de Diciembre de 1971 del Ministerio de Educación Nacional

Código B

REPUBLICA DE COLOMBIA

Ministerio de Educación Nacional.
y en su nombre

EL INSTITUTO COLOMBIANO PARA EL FOMENTO DE LA EDUCACION SUPERIOR

ICFES

Teniendo en cuenta que:

María Elena Martínez Luna

Identificado con C.C. 20.409.519 y número de Registro SNP VG981 0069427 presentó y aprobó ante el Servicio Nacional de Pruebas el Examen de Validación del Bachillerato Académico, realizado el 6 de Junio de 1998, de acuerdo con lo establecido en el Decreto 2225 de 1993.

Le confiere el Título de

Bachiller Académico

Dado en Santafé de Bogotá, D.C. a 30 de Octubre de 1998

DIRECTOR ICFES

SERVICIO NACIONAL DE PRUEBAS

MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE "SENA"

REGIONAL DE BOGOTA
CARRERA 13 No. 65-10 TELEFONO: 48 01 71
APARTADOS: NAL. 2616 - AEREO 52418 - CABLES: SENA
BOGOTA - COLOMBIA

Sección D. S. - 19

R.C. 8822

Nº 5371

La Secretaría General de Alumnos del Servicio Nacional de Aprendizaje

"SENA" Regional Bogotá

HACE CONSTAR:

Que, MARIA ELENA MARTINEZ LUNA, Aprobó un curso de Aprendizaje en la especialidad de AUXILIAR DE ENFERMERIA, con una duración total de 1.760 horas.

Dada en Bogotá, a los diecinueve días del mes de septiembre de mil novecientos setenta y siete.

DILIGENCIA DE AUTENTICACION

El Notario Primero del Círculo de Bogotá, Distrito Especial

Que la firma que aparece en el anterior documento

correspondiente a la segunda de [illegible]

de acuerdo con [illegible]

Bogotá [illegible]

El Notario [illegible]

ANTONIO MOLANO SANCHEZ
Secretario

REPUBLICA DE COLOMBIA
DOS PESOS
TIMBRE NACIONAL

INSTITUTO COLOMBIANO PARA EL FOMENTO DE LA EDUCACION SUPERIOR

RESOLUCION Nº. 01620

DEL 20 DE OCTUBRE DE 1998

Por la cual se otorgan unos títulos de Bachiller

EL DIRECTOR del
INSTITUTO COLOMBIANO PARA EL FOMENTO DE LA EDUCACION SUPERIOR

En uso de sus atribuciones legales y estatutarias, y

CONSIDERANDO:

QUE DE CONFORMIDAD CON EL DECRETO 2225 DE NOVIEMBRE DE 1993, EXPEDIDO POR EL GOBIERNO NACIONAL, EL SERVICIO NACIONAL DE PRUEBAS DEL ICFES REALIZO EXAMENES PARA LA VALIDACION DEL BACHILLERATO EN CIENCIAS O ACADEMICO EN UN SOLO EXAMEN, DURANTE LOS DIAS

6 Y 7 DE JUNIO DE 1998

Que de acuerdo con las citadas normas corresponde al ICFES expedir el título respectivo a quienes aprobaron los exámenes de validación señalados en el considerando anterior:

RESUELVE:

ARTICULO 1º - Otorgar el título de BACHILLER a las personas que se señalan a continuación y quienes aprobaron los exámenes de validación del Bachillerato en Ciencias o Académico en un solo examen.

NOMBRE

MARTINEZ LUNA MARIA ELENA

IDENTIFICACION 20409519 REGISTRO SNP VG981 0069427

ARTICULO 2º - Por el Servicio Nacional de Pruebas del ICFES, expídanse dos (2) copias auténticas de la presente Resolución a cada uno de los interesados.

ARTICULO 3º - La presente Resolución rige a partir de la fecha de expedición.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE.

(Fdo.) MARTA LUCIA VILLEGAS BOTERO
Director ICFES (E)

(Fdo.) MAGDALENA MANTILLA CORTES
Subdirector Servicio Nacional de Pruebas

Es copia auténtica en su parte pertinente del original que reposa en los archivos del ICFES

SERVICIO NACIONAL DE PRUEBAS

0240358

05 98-94481

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN

Este documento certifica que

Maria Elena Martinez Luna

realizó el curso de

Reinducción 2015 - Hospital La Victoria

21 de enero de 2015

HOSPITAL La Victoria Empresa Social del Estado

HOSPITAL LA VICTORIA,
INSTITUTO MATERNO INFANTIL
Y
QUIRUMEDICAS LTDA

Instituto Materno Infantil
Al Servicio de la Vida!

CERTIFICAN QUE:

MARIA ELENA MARTINEZ LUNA

Asistió al:

" III SIMPOSIO EN PREVENCION DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA SALUD "

INTENSIDAD DE 4 HORAS

Dr. FERNANDO ANIBAL PEÑA DIAZ
Gerente

Dra. YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ
Subgerente

JOSE NOEL GARCIA LONDOÑO
Gerente General
QUIRUMEDICAS LTDA

BOGOTA, 26 DE JUNIO DE 2013

LABORATORIOS
QUIRUMEDICAS

MARIA ELENA

CURSO LACTANCIA MATERNA

Examen (CURSO DE LACTANCIA MATERNA)

Test sobre el conocimiento actual de la lactancia Materna en la Insitución)

Intentos permitidos: 1

Resumen de sus intentos previos

Estado	Calificación / 10,00	Revisión
FinalizadoEnviado: viernes, 11 de octubre de 2013, 21:02	9,50	Revisión

No se permiten más intentos

Su calificación final en este cuestionario es 9,50/10,00

No se permiten más intentos

Subred Integrada de Servicios de Salud

Centro Oriente E.S.E.

La Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

CERTIFICA QUE:

MARIA HELENA MARTINEZ LUNA

C.C.: 20409519

Asistió a la capacitación en:

Atención Integral en Salud de Victimas de Violencia Sexual

Con una intensidad horaria de 20 horas

Dada en Bogotá a los Treinta (30) días del mes de Noviembre de 2016

Martha Yolanda Ruiz Valdés
Gerente
Subred Integrada de
Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

José Alfredo Morales Díaz
Profesional Especializado Talento Humano
Subred Integrada de
Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Bogotá D.C

Señores:

Servicio Nacional de Aprendizaje "SENA"
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, María Elena Martínez Luna en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política establece que "todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar" y de acuerdo con lo establecido por el literal c del artículo 4 de la ley 1581 de 2012, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos personales, en cuanto al principio de libertad "el tratamiento sólo puede ejercerse con el consentimiento, previo, expreso e informado del titular. Los datos personales no podrán ser obtenidos o divulgados sin previa autorización, o en ausencia de mandato legal o judicial que releve el consentimiento…."

De igual manera, teniendo en cuenta que la información solicitada en cuenta a datos personales en mi calidad de egresado, solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes a emitir respuesta a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** sobre la idoneidad de mi título académico como:

Auxiliar de Enfermería
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

No. de documento: 20409519

Tarjeta profesional No: 20409519

Dirección de contacto: C/16C # 81 B 24 CAS 106

Teléfono: 3103206333

CUIDADOS PROFESIONALES
COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO

CERTIFICACIÓN DE TRABAJO ASOCIADO

Que el Señor(a). **MARIA ELENA MARTINEZ LUNA.** Identificado(a) con cedula, No. **20.409.519.** Fue trabajador(a) asociado(a) de **CUIDADOS PROFESIONALES** desde el 08 de Noviembre del 2007 hasta el 01 de Mayo del 2011, desempeñándose como. **AUXILIAR DE ENFERMERIA.** Con un convenio de trabajo asociado a término indefinido.

Se expide en la ciudad de Bogota a solicitud del interesado a los (01) días del mes de Mayo del 2011.

Cordialmente,

MARTHA PATRICIA CASTELLANOS G.
Jefe de Recursos Humanos

Carrera 13A No. 89-38 Of. 714 / 715 Teléfonos: 6114989 - 6114826 - 6185746 Fax: 6184679
Bogotá - Colombia

Centro Policlínico del Olaya
Clínica Quirúrgica

CERTIFICACION

La suscrita Subdirectora General y Representante Legal del Centro Policlínico del Olaya certifica que la señora MARIA ELENA MARTINEZ LUNA, identificada con la C.C. 20.409.519 de Bosa, laboro en esta institución desde el día 3 de febrero de 1999 hasta el día 2 de febrero de 2003, desempeñando el cargo de AUXILIAR DE ENFERMERÍA.

Lo anterior se expide a solicitud del interesado a los 6 días del mes de marzo de 2003.

Atentamente,

C. P. O. S. A.
NIT. 800.149.453-6

NASLY TATIANA JIMENEZ GONZALEZ
Subdirectora General.

Comfenalco

LA SUSCRITA GERENTE DE RECURSOS HUMANOS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR " COMFENALCO "

CERTIFICA QUE:

La señora MARIA ELENA MARTÍNEZ LUNA, identificada con cédula de ciudadanía número 20'409.519 de Santafé de Bogotá, prestó sus servicios en esta Entidad por la modalidad de contrato a término fijo desde el 19 de Enero de 1998 hasta el 19 de Enero de 1999, ocupando el cargo de Auxiliar de Enfermería y devengó un sueldo básico mensual de Quinientos Treinta y Un Mil Novecientos Pesos($531.900.ooM/Cte.).

Santafé de Bogotá D.C., 2 de Febrero de 1.999.

Cordialmente,

ELIZABETH GUERRERO SÁNCHEZ.
Gerente de Recursos Humanos.

Amss.

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **20.409.519**

MARTINEZ LUNA

APELLIDOS

MARIA ELENA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **21-AGO-1958**

GIRARDOT

(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.50	**A+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

13-MAY-1977 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL

ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-1500107-42119556-F-0020409519-20040311 **01946** 04071O 02 152447864

DIAN
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Único de Ingresos, Servicios y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14215670786

(415)7707212489984(8020) 000001421567078 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
2 0 4 0 9 5 1 9	0	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 1 3	2 0 4 0 9 5 1 9	1 9 7 7 0 5 1 3

Lugar de expedición 28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MARTINEZ	LUNA	MARIA	ELENA

Razón social:

36. Nombre comercial:	37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CL 6 C 81 B 24 IN 106

42. Correo electrónico:	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
memartinezl@hotmail.com		8 1 2 3 4 0 3	3 1 0 3 2 0 6 3 3 3

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código:	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	1 9 7 7 0 8 1 5	4 7 9 9	2 0 1 3 0 1 0 2					

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
	1	2																

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

12- Ventas régimen simplificado

Usuarios aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI X NO | 60. No. de Folios: 3 | 61. Fecha: 2 0 1 3 0 1 0 2

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.
Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre: ZAMBRANO MONTERO YISELLA
985. Cargo: Analista II

Fecha generación documento PDF: 05-07-2016 07:37:41PM

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 30-03-2015
Hora: 2:24:35 PM

CONTRIBUYENTE NIT 20409519-0 MARIA ELENA MARTINEZ LUNA

Información General

Dirección CL 6 C 81B 24 CA 106

Teléfonos 6596718-3103206333

Dirección electrónica MEMARTINEZL@HOTMAIL.COM

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 30/07/2009

Soporte Inscripción 13042238

Fecha Inicio Actividades 31/08/2007

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 86921-ACTIVIDADES DE APOYO TERAPEUTICO (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PUBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE

Actividad 2: 47994-OTROS TIPOS DE COMERCIO AL POR MENOR NO REALIZADO EN ESTABLECIMIENTOS, PUESTOS DE VENTA O MERCADOS DE DEMAS PRODUCTOS N.C.P

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Fuente ICA TE TOCA

BOGOTÁ HUMANA

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y registrada en la Secretaria de Hacienda Distrital.

FORMA SS. 041-A

DISTRITO ESPECIAL DE BOGOTA

LA SECRETARIA DE SALUD PUBLICA

HACE CONSTAR:

Que MARIA ELENA MARTINEZ LUNA

ha cumplido los requisitos legales para ejercer la profesión

de AUXILIAR DE ENFERMERIA

Fecha 23 MAYO 88 Código A.E Regist. No. 4224

El Secretario de Salud Pública.

FIRMA Y SELLO



SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCION

No. EXP 230699

MARTINEZ LUNA

MARIA ELENA

20409 SALUD

AUXILIAR DE ENFERMERIA

FIRMA

MINISTERIO DE SALUD

RESOLUCION NUMERO 10572 DE 19

( )

Por la cual se concede una autorización.

EL MINISTRO DE SALUD,

en ejercicio de las facultades conferidas por el Decreto número 3134 de 1956 y en desarrollo de las Resoluciones números 05301 y 05665 de 1983 y

CONSIDERANDO:

Que MARIA ELENA MARTINEZ LUNA , con cédula de ciudadanía No. 20.409.519 de Bosa-Cund- , ha solicitado la refrendación del Certificado de AUXILIAR DE ENFERMERIA , que le otorgó El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA. , el 28 de Junio de 1977 , y

Que dicho se encuentra debidamente registrado en la Secretaría de Educación , al folio del libro el

RESUELVE :

ARTICULO UNICO — Autorízase a MARIA ELENA MARTINEZ LUNA para ejercer como AUXILIAR DE ENFERMERIA en el territorio nacional, previa anotación correspondiente

COMUNIQUESE Y PUBLIQUESE

Por el Ministro de Salud,

[redacted]
Director Vigilancia y Control

JUDITH GUZMAN PARRA
Jefe Sección Profesiones

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *: Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *: 20409519

Primer Nombre *: Maria

Primer Apellido *: Martinez

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2018-08-29→6:13:47 PM

Tipo Identificación	*Nro. Identificación*	*Primer Nombre*	*Segundo Nombre*	*Primer Apellido*	*Segundo Apellido*	*Detalles*
CC	20409519	MARIA	ELENA	MARTINEZ	LUNA	Ver

Información Detallada [CC: 20409519] MARIA ELENA MARTINEZ LUNA

2018-08-29→6:13:47 PM

Información Académica

Tipo Programa	*Origen Obtención Título*	*Profesión u Ocupación*	*Fecha desde que puede ejercer*	*Entidad Reportadora*
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	1984/8/03	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

Este carné es válido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

Consérvelo

En caso de requerir el Certificado Internacional de Vacunación ó Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Libertad y Orden

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:	Maigo
Apellidos	Martinez Lona
Documento de Identidad:	CC [X] TI [ ] PASAPORTE [ ] No. 20409519
Fecha de Nacimiento:	Día: 21 Mes: 08 Año: 1958

mederi
HOSPITAL UNIV. MAYOR
VACUNACIÓN

VACUNA ADN RECOMBINANTE CONTRA LA HEPATITIS B
HEBERBIOVAC HB

BIOLEHNER

Nombre: MARIA HELENA MARTINEZ
Teléfono: CC: 20.409519 Edad:
Profesión: AUXILIAR ENFERMERIA

DOSIS

D1 3-08-94 Refuerzo 23-06-00
D2 7-09-94 AntiHBsAg UI/L
D3 15-02-95

Este carné es válido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

Consérvelo

En caso de requerir el certificado Internacional de Vacunación o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto A+

Nombres:	Maria elena
Apellidos:	Martinez Lona
Documento de identidad:	C.C. [X] T.I. [ ] Pasaporte [ ] No. 20409519
Fecha de Nacimiento:	Día 21 Mes 08 Año 1958

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	20-NOV-17	034I500SA 0416	SRENO
	2	20-DIC-17	034I500594-18	SRCO
	3	20 ENERO 2018		
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza	U	20-DIC-17	P3B76 31-1-18	SRCO
Virus de Papiloma Humano				

LABINTOX LTDA.
LABORATORIO CLINICO TOXICOLOGICO
DIRECCIÓN (ANTIGUA) CALLE 134 No. 30 - 31 (NUEVA) CALLE 134 No. 17 - 71 CLINICA MONTSERRAT
TEL.: 626 3251 - 626 3250 - 627 1837 CONM: 259 6000 EXT. 6115 CEL.: 310 873 7604 - 310 873 7793
BOGOTÁ D.C. - labintox@hotmail.com - labintox@cable.net.co

LABINTOX LTDA.

FECHA	: Diciembre 22 al 29 de 2008	**CONSEC.**	: 285
NOMBRE	: MARTINEZ LUNA MARIA ELENA	**EDAD**	: 50
CEDULA	: 20.409.519	**SEXO**	: F
EMPRESA	: CUIDADOS PROFESIONALES CTA HOSPITAL UNIVERSITARIO MAYOR - MEDERI		

HEPATITIS B, Anti - HBs

RESULTADO	: **180.0**			**mUI/mL**		
VALORES DE REFERENCIA	**Títulos Anticuerpos HBs**				**Tiempo de Protección**	
	Menor	de	10	mUI/mL	Vacunar o aplicar refuerzo	
	10	a	100	mUI/mL	6	meses
	100	a	1000	mUI/mL	2	años
	1000	a	10000	mUI/mL	3 – 5	años
	Mayor	de	10000	mUI/mL	6	años
					Después de 6 años aplicar refuerzo	
METODO	: Qumioluminiscencia					

LABINTOX LTDA
Licencia S.O. 8024
Lola R. de Martens TP 20616921

Refuerzo en dos años
10-06-09.

ICONTEC
CERTIFICADO
ISO 9001
Certificado: SC 3856-1
CERTIFIED IQNet MANAGEMENT SYSTEM

CONCEPTO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Ciudad Bogotu Fecha 23/07/2016
Nombre MARIA ELENA MARTINEZ LUNA
Identificación 20409519
Fecha de nacimiento 21/Agosto/58 Edad 57.
Cargo Auxiliar de enfermería
Género MASCULINO ___ FEMENINO X
Empresa Hospital la Victoria
Empresa usuaria

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO X PERIODICO___ EGRESO___ OTRO___

CONCEPTO

EX. INGRESO APTO X APTO APLAZADO___ APTO CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ___
EXAMEN PERIÓDICO SIN RESTRICCIONES___ CON RESTRICCIONES___
EXAMEN DE EGRESO SATISFACTORIO___ NO SATISFACTORIO___

ESTADO INTEGRAL DE SALUD

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL Examen medico Satisfactorio
VISIOMETRÍA
AUDIOMETRÍA
ESPIROMETRÍA
EXAMENES PARACLÍNICOS
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES Higiene postural, pausas activas laborales y ejercicios de estiramiento dieta y Control de peso

Médico

Dr. Camilo Rey Pérez
Médico Cirujano
Salud Ocupacional
T.P.M. 14858

Nombre, firma y sello del médico
Registro médico 114388
Licencia en S.O. 14858

Paciente

Maria Elena Martinez

Firma del paciente
Nombre Maria Elena Martinez
Cedula 20409519

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

MARIA ELENA MARTINEZ LUNA

Con Cedula de Ciudadania No. 20.409.519

Cursó y aprobó la acción de Formación

SOPORTE VITAL BASICO

con una duración de 20 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Bogotá, a los nueve (9) días del mes de febrero de dos mil dieciseis (2016)

Firmado Digitalmente por
GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SUBDIRECTOR
CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

33438846 - 09/02/2016
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9403001124055CC20409519C.

REGIONAL DISTRITO CAPITAL

EL CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD

CERTIFICA

Que MARIA ELENA MARTINEZ LUNA identificado(a) con Cedula de Ciudadania No 20.409.519 de Bogotá, realizó y aprobó el curso de SOPORTE VITAL BASICO con una intensidad horaria de Veinte (20) y obtuvo una evaluación Apto (A) con una equivalencia de (4.5).

Equivalencia de Evaluaciones:

D: Reprobó
A: Aprobó

Se expide en Bogotá, a los nueve (9) días del mes de febrero de dos mil dieciseis (2016)

Firmado Digitalmente por
GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SUBDIRECTOR CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

SENA: Una Organización con Conocimiento

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9403001124055CC20409519E.

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO
FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL

CÓDIGO: ET-CA-FT- 011
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT

FECHA:	29-08-18	CIUDAD:	BOGOTA	DEPARTAMENTO:	Cundinamarca

Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.

CLASE O TIPO DE VINCULACION LA EMPRESA (MARCA CON X)

PROVEEDOR	PARTICULAR	CONTRATISTA OPS	SERVIDOR PUBLICO	OTRO	CUAL:
☐	☐	☒	☐	☐	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Martinez	Luna	Maria	Elena

TIPO DE IDENTIFICACION	No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐	20409519	Bogota - Cundinamarca	1977-05-13
PASAPORTE ☐ OTRO ☐		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ ☐	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
21-08-58	Girardot Cundinamarca	Colombia	Colombiana

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☒ UNION LIBRE ☐ VIUDO(A)	1	3	3103206333

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA	PROFESION / OFICIO
MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☐ BACHILLER ☐ PRIMARIA ☐ TECNICO ☐ TECNOLOGO ☐ OTRO ☐ CUAL:	Auxiliar de Enfermeria

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
C/16C # 81 B 24	Bogota	Cundinamarca	Colombia	6596718

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
mmartinezl@hotmail.		PROPIA ☒	FAMILIAR ☐	ARRENDADA ☐

DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☐ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐			
PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐	NACIONALIDAD:

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO ☐	ESTUDIANTE ☐	HOGAR ☐	PENSIONADO ☐	CUAL:
SOCIO ☐	CONTRATISTA ☒	COMERCIANTE ☐	EMPLEADO PUBLICO ☐	
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	EMPLEADO SOCIO ☐		OTRA..... ☐	

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA		IVA		CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA
	SI ☐ NO ☒		SI ☐	NO ☒	8692
			ICA: SI ☐	NO ☒	PRINCIPAL: ☒ SECUNDARIA: ☐

GRAN CONTRIBUYENTE	AGENTE RETENEDOR	AGENTE AUTORETENEDOR
SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	Subred Centro Oriente

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA			# NIT
GOBIERNO ☐	SERVICIOS ☒	SALUD ☐	

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐
OTRA ☐ CUAL: X

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Dg 34 # 5-43	3444484	Bogota	Cundinamarca	Colombia
CARGO ACTUAL	Auxiliar de Enfermeria		FECHA VINCULACION	1-04-13

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DESCRIPCION ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCION	TIPO SOCIEDAD

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
ESTRATEGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO
FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL

CODIGO: FT-CA-FT-011
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	—	GASTOS FAMILIARES	850.000	AHORROS	—	SALDO HIPOTECA	15'000.000
HONORARIOS	1'472.238	ARRIENDOS	—	INVERSIONES	—	TARJETAS DE CREDITO	7'000.000
ARRIENDOS	—	CUOTA VEHICULO	—	VEHICULOS	—	DEUDA VEHICULOS	—
COMISIONES	—	CUOTA VIVIENDA	225.000	PROPIEDADES	—	DEUDAS TERCEROS	30.000
OTROS INGRESOS*	402.750	OTROS EGRESOS*	650.000	OTROS ACTIVOS*	—	OTROS PASIVOS*	22.000.000
TOTAL INGRESOS	1'874.988	TOTAL EGRESOS	1'725.000	TOTAL ACTIVOS	$ 0	TOTAL PASIVOS	44'300.000

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS
Pensión	Tarjetas Credito		Creditos Bancos

6. REFERENCIAS PERSONALES
(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Paéz	Sanchez	Rubén	Dario
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
K5 # 15-21 of 703	Bogotá - Cundinamarca	Amigo	3105621875

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Banco Davivienda	Cta ahorros	079703383144	Corferias	—

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI [ ] NO [X]

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PAIS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS

IMPORTACION [ ] EXPORTA [ ] TRANSFERENCIA [ ] PRESTAMOS [X] PAGO SERVICIOS EXTRA [ ] CUAL: [ ]

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE** con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción".

1. Que los recursos que entregue y entregaré a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE** provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, profesión, negocio, etc.):

Servicios como Auxiliar de Enfermeria

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinaran a actividades lícitas.
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.
Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.
Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados **financieros certificados + declaración de renta si es declarante Nota:** Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.
Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los últimos tres meses + declaración de renta si es declarante.

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Camara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripcion en el Rit Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificacion, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso (Obligados a llevar contabilidad)
APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados (Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

10. AUTORIZACION REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO.- AUTORIZACION EXPRESA PARA REPORTAR,CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAISES.

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos tambien seran tratados para fines comerciales, razon por la cual procedo a emitir la siguiente

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO
FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL

CÓDIGO: ET-CA-FT- 011
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 4 3, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:

A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestacón de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestacion de servicios de salud.

B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:

1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por le ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinacion de tarifas y analisis y seleccion de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidacion y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestion integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para accedere a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadisticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacion de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizacion de encuestas sobre satisfaccion en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envio de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finanlidades mencionadas a: a) Las peronas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadodas de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañias de asistencia medica, abogados internos y exteernos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevension y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboracion de estudios técnicos y estadisticos.

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.

5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me haran sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Titulo I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionalde Salud, exigen las mismas.

6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En onsecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud ***(Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, telefono 344 44 84 , e-mail sarlaft@subredcentrooriente.gov.co)*** y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.***(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO)***.

9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizao, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los terminos que nos fueron informados en el presente documento.

NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentrooriente.gov.co) en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES".

IX. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACION QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERIDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

20409519.

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Indice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

1.Fecha		**2. Ciudad**	
3.Nombre del funcionario o Asesor:			
4. Lugar de la Entrevista:			
5. Observaciones:			
6. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐	RECHAZADO ☐	
7. Firma y Cédula			

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

1. Fecha	**2. Ciudad**	
3. Nombre y Cargo de quien verifica:		
4. Lugar de la verificación:		
5. Observaciones:		
6. Firma y cédula:		

Bogotá, Agosto 29 de 2018

Señora:
MARTINEZ LUNA MARIA ELENA
CC. 20409519 CL 6 C N 81 B 24 - 6596718
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Marzo 12 de 2013. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
MARTINEZ LUNA MARIA ELENA	20409519	C	Mar-12-2013	52	0	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
LUNA ROMERO MARIA ELENA	28636499	C	Dic-21-2017	38	26	PADRES	VIGENTE			Ninguna
ANGULO MARTINEZ DIEGO MAURICIO	79997776	C	May-25-1999	8	0	HIJO DE 18 A 25 AÑOS	NO VIGENTE	Mar-24-2005	Desafiliado por falta de pago	Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONE	20409519	Pensionado	VIGENTE
MARIA ELENA MARTINEZ LUNA	20409519	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,



CARLOS JAVIER CARREÑO SANCHEZ
Director de Recaudo y Compensación
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

GERENCIA DE DETERMINACIÓN DE DERECHOS

DIRECCIÓN DE NÓMINA DE PENSIONADOS

CERTIFICACION PENSIÓN

Que revisada la nómina de Pensionados de la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**, al señor(a) **MARIA ELENA MARTINEZ LUNA** identificado(a) con **Cédula de Ciudadanía** No. **20409519**, con Número de Afiliación: **920409519100**, esta Administradora mediante resolución No. **207664** de **2015** le concedió pensión de **VEJEZ** registrando fecha de ingreso a nómina **Abril** de **2015.**

Que para la NOMINA de **Agosto** de **2018** en la Entidad **3-OCCIDENTE C. P. 2DA QUINCENA - 284-CENTRO DE PAGOS CALLE 34 BOGOTA CLL. 34 BOGOTA** No. de Cuenta **20409519,** al pensionado(a) **MARTINEZ LUNA** se giraron los siguientes valores:

DEVENGADOS		*DEDUCIDOS*	
VALOR PENSION	*$ 900,775.00*	*SALUD SALUDTOTAL*	*$ 108,100.00*
		AFILIACION FINCOMERCIO	*$ 28,000.00*
		AFILIACION ANPISS	*$ 9,008.00*
		PRESTAMO POPULAR PRESTAMO	*$ 333,022.00*
TOTAL DEVENGADOS	***$ 900,775.00***	***TOTAL DEDUCIDOS***	***$ 478,130.00***
		NETO GIRADO	***$ 422,645.00***

Estado: **ACTIVO**

Se expide a solicitud del interesado(a) en Bogotá, portal, el día 29 de agosto de 2018.

DORIS PATARROYO PATARROYO

Director(a) de Nómina de Pensionados

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

Verificada la base de datos del ramo ARL de la compañía, se identificó que MARIA ELENA MARTINEZ LUNA, con Cédula de Ciudadanía No. 20.409.519, contratista de la empresa SUB-RED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE, con NIT No. 900959051, tiene un registro como INDEPENDIENTE 723 desde el 01/12/2016 y fecha fin de contrato 31/12/2018 con riesgo 3 y a la fecha se encuentra AFILIADO.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación, para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Esta certificación se expide a los 29 días del mes de Agosto de 2018.

Cordialmente



Hugo Ernesto Huiza
Gerencia de Afiliación y Novedades.

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 114576444

WEB
16:01:07

Bogotá DC, 29 de agosto del 2018

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) MARIA ELENA MARTINEZ LUNA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 20409519:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y, en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 174 Ley 734 de 2002).

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html

MARIO ENRIQUE CASTRO GONZÁLEZ
Jefe División Centro de Atención al Público (CAP)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 29 de agosto de 2018, a las 16:15:05, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	20409519
Código de Verificación	20409519180829161505

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

Soraya Vargas P.

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2412311

Bogotá D.C., 29 de Agosto de 2018 - 16:04 pm

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS
LA PERSONERÍA DE BOGOTÁ, D.C.

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **MARIA ELENA MARTINEZ LUNA**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **VEINTE MILLONES CUATROCIENTOS NUEVE MIL QUINIENTOS DIECINUEVE** de BOGOTÁ, D.C.

20409519

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

Esta Certificación es válida, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado. El certificado de Antecedentes Disciplinarios expedido por la Personería de Bogotá D.C., contiene las anotaciones de sanciones e inhabilidades disciplinarias que reporten las Entidades Distritales y las dependencias de la Personería de Bogotá D.C., con atribuciones Disciplinarias.

ADVERTENCIAS:
La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.

Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figueren en el registro. (Artículo 174 - Ley 734 de 2002).

Tres o más sanciones disciplinarias en los últimos cinco (5) años por faltas graves o leves dolosas o por ambas, constituye inhabilidad para desempeñar cargos públicos (Numeral 2, art. 38 - Ley 734 de 2002).

Certificado expedido de conformidad con el artículo 102 numeral 5 del Decreto Ley 1421 de 1993, Ley 734 de 2002 y las Resoluciones Nos. 328 del 27 de junio de 2002, 042 del 14 de febrero de 2003 y 616 del 10 de noviembre de 2004, de la Personería de Bogotá D.C.

Para todos los efectos esta certificación debe ser complementada con la expedida por la Procuraduría General de la Nación.

El presente certificado tiene vigencia de tres (3) meses a partir de la fecha de su expedición.

Certificado expedido sin costo alguno.



ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

Este Certificado ha sido generado a través de la página web www.personeriabogota.gov.co. Para verificar su validez comuniquese con la Personería de Bogotá D.C.

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 8_JUSGI_0416
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA

INICIO INSTITUCIÓN CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 16:06:56 horas del 29/08/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **20409519**
Apellidos y Nombres: **MARTINEZ LUNA MARIA ELENA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda “NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES” aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Carrera 27 N° 18 - 41
(Paloquemao). Bogotá DC
Atención administrativa de
lunes a viernes de 8:00 am -
12:00 pm y 2:00 pm - 5:00 pm

Línea de Atención al Ciudadano - Bogotá D.C. (571) 5159111 / 9112
Resto del país: 018000 910 112
Requerimientos ciudadanos 24 horas
Fax (571) 5159581 - E-mail: lineadirecta@policia.gov.co.

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
Gobierno en Línea
Todos los derechos reservados.

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA D.C., **29/08/2018**
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora MARIA ELENA MARTINEZ LUNA** con **Cédula de Ciudadanía** número **20409519**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	**0570007970338344**
Fecha de apertura	**23/11/2007**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO AFILIACIÓN ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

CÓDIGO: AP-IA-FT-024
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-08-04

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

20409519	Positiva
Numero de Documento	ARL

María	Elena	Martínez	Luna
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

21/08/1958	Girardot	cll 6c # 81.624	6596718
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

Salud Total	Colpensiones	$ 880.000
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

Auxiliar de enfermería.	01-04-2013
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

memartinez1@hotmail.com	3103206333
Correo Electrónico	Celular

Firma del Afliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE
Diagonal 34 No 5 - 43 Tel: 3444484